ITEM 024 : HÉMORRAGIE GÉNITALE LORS DE LA GROSSESSE

➞ **Examen au spéculum** systématique : origine **endo-utérine** (métrorragie) ou **cervico-vaginale** des saignements.
➞ Injection de **gammaglobuline anti-D** dans les **72 h** si patiente Rh-, père Rh + ou inconnu et fœtus Rh+ ou inconnu.

1ER TRIMESTRE

= **25 %** des grossesses : 1er motif de cs aux urgences gynécologiques, évolution défavorable dans **50 %** des cas (ASP).
- **Interrogatoire** : antécédents/TTT, groupe/Rh, DDR, dernier frottis, signes sympathiques de grossesse, douleurs…
- Évaluation du retentissement maternel : signes cliniques d'anémie, tolérance hémodynamique + examen gynéco.
- **Biologie** : hCG quantitatif, NFS, groupe/Rh/phénotype & **échographie pelvienne** abdo & endovaginale (sac dès 5SA).

En cas de doute diagnostic (avant 4,5-6 SA = visibilisation de l'activité cardiaque) :
- **hCG à 48 h** si grossesse non-visualisée à l'échographie (localisation indéterminée).
- Ou **nouvelle échographe à 5-7 jours** si grossesse intra-utérine, mais doute sur évolutivité (pas de BDC perçus).

GEU (1 %)

➞ Toute femme consultant pour métrorragie du 1er trimestre a une GEU jusqu'à preuve du contraire.
Cf item 25.

Fausse couche spontanée précoce (12 %) *FCSP*

= Expulsion d'un fœtus avant qu'il ne soit viable (22 SA) = précoce si **≤ 12 SA** : **10** - **15 %** des grossesses.
- Cause : **anomalie chromosomique** (60 %), **SAPL**, **médicament tératogène, malformation.**

C
- **Métrorragie** : sang rouge, d'abondance variable (parfois cataclysmique), avec caillots et débris.
- **Douleur pelvienne :** médiane, à type de crampes, intermittente (colique).
- **Disparition récente des signes sympathiques de grossesses** (nausée, tension mammaire…)
- **TV** : indolore, culs-de-sac libres, col utérin ouvert (perméable au doigt), mou.

PC
- **Écho** : . Sac ovulaire intra-utérin bien visible (couronne trophoblastique échogène).
. Embryon ≥ 7 mm sans activité cardiaque ou sac gestationnel ≥25 mm sans embryon.
. **Œuf clair** : sac intra-utérin aplati, hypotonique, petit, irrégulier, en voie d'expulsion.
- **Chute des bHCG** : décroissance d'un facteur 2 en 48 h.

TTT
- **Prostaglandine** = misoprostol (hors AMM) : si œuf de petite taille, hémorragie peu importante.
- **Aspiration-curetage endo-utérin** : pour les autres cas (notamment si échec prostaglandine).
➞ Hospitalisation, sous AG/AL, sortie le jour même/le lendemain.
➞ Aspiration, **examen histologique** des débris systématiques, vérification de la vacuité utérine.
➞ Complications : perforation, rétention, synéchie, infection, hémorragie.
En tout cas (PMZ) : prévention de l'allo-immunisation anti-D, réassurance, PEC psychologique.

ASP à répétition
= **≥ 3 ASP consécutifs** < 14 SA : bilan étiologique (négatif dans **70** % des cas).
- **Écho pelvienne** : anomalie utérine = **malformation**, **myome**, **béance cervico-isthmique.**
- **Infectieux :** Endométrite chronique (PV et prélèvement endocervicaux).
- **Caryotypes parentaux** : translocation réciproque équilibrée ou robertsonienne.
- **Bilan hormonal** : **insuffisance ovarienne prématurée**, **dysthyroïdie**, **diabète**.
- **Bilan de coagulation** : **coagulopathie** (mutation facteur V Leiden, facteur II…), **SAPL et Lupus** (anti-B_2GP1, ACC, Ac anti- CCP).
➞ TTT préventif si SAPL : **aspirine** à faible dose ± **héparine** (HBPM).

Grossesse intra-utérine évolutive (12 %)

C
- Signes sympathiques de grossesse présents.
- **Métrorragie** de faible abondance, souvent récidivantes, isolées (**sans douleur**).
- Abdomen souple et indolore.
- **TV** : indolore, utérus augmenté de volume, col fermé.

PC
- **Échographie** : **sac intra-utérin** contenant un **embryon avec activité cardiaque**, de taille correspondant au terme, souvent avec une image de **décollement trophoblastique**.
- **Hématome décidual :** image liquidienne entre les contours de l'œuf et la paroi utérine.
- Si vacuité utérine et hCG < 1500 UI/L : **cinétique normale de l'hCG** (doublement en 48 h).

TTT
- **Repos** avec surveillance (PAS de cinétique hCG en cas d'embryon visible à l'échographie !)
- Pronostic : risque d'extension du décollement trophoblastique et d'avortement spontané.

Môle hydatiforme (maladie tropho-blastique)

= **Maladie gestationnelle trophoblastique** : dégénérescence kystique des villosités du trophoblaste, généralement en l'absence d'embryon (40 % d'accouchement à terme si embryon).
Rare en Occident, fréquente en Asie du Sud-Est.
- Évolution : risque de **choriocarcinome** si môle complète (15 %) ou partielle (1 %).

C
- **Métrorragies** répétées ± abondantes.
- **Signes sympathiques de grossesse exacerbés** (hyperproduction d'hCG).
- TV : utérus mou, anormalement volumineux pour le terme, ovaires ↗ de volume et sensibles.

PC
- **Taux d'hCG** anormalement élevé (> 100 000 UI/L).
- **Écho** : absence d'embryon, image intra-utérine caractéristique en « **tempête de neige/nid d'abeille** », (hétérogène, floconneuse), ovaires ↗ de volume polykystiques.

		TTT	- **Aspiration endo-utérine** sous contrôle écho avec **examen histologique** (confirmation). - **Contrôle de la vacuité utérine** : **écho pelvienne** à **J7-J14.** - Surveillance **1/semaine** de la **décroissance du taux d'hCG** jusqu'à **négativation** (< 6 mois), puis contrôles répétés pendant **1 an,** associé à une **contraception efficace** au moins 6 mois. - **Choriocarcinome** = absence de décroissance ou réascension du taux d'hCG : bilan d'extension (échographie hépatique et pelvienne + RP) ➙ **chimiothérapie.** - Déclaration au centre de référence des maladies trophoblastiques.
	Lyse d'un jumeau		= Mort d'un embryon d'une grossesse multiple multi-choriale : rare, risque de perte de la grossesse.
2D TRIMESTRE	Étiologie		- **Avortement spontané tardif** = > 12 SA : à évoquer en priorité, rare (1 %), le plus souvent par chorio-amniotite, infection maternelle, béance cervicale, malformation, thrombophilie ou cause génétique. - **Placenta bas inséré** (= placenta praevia au 2d trimestre). - **Hématome rétro-placentaire** ou **hématome décidual marginal.** - **Idiopathique** (30 %) : de meilleur pronostic.
	Évolution		- Risque d'**avortement spontané tardif**, de **prématurité** ou d'**hypotrophie fœtale.** - Risque de **mortalité périnatale** plus important.
3E TRIMESTRE	= < 5 % des grossesses : **urgence** diagnostique et thérapeutique, évaluation du retentissement materno-fœtal.		
	PEC		- Interrogatoire : HTA gravidique, antécédents obstétricaux (utérus cicatriciel), RPM, placenta bas inséré… - Examen clinique complet : retentissement maternel (pouls, TA), examen au spéculum (origine endo-utérine), palpation de l'utérus (souple/contracturé), HU, présentation, CU, pertes liquidiennes, BU (protéinurie). - **TV contre-indiqué** avant une échographie éliminant un placenta praevia : risque d'**hémorragie cataclysmique.** - **Rythme cardiaque fœtal** : souffrance fœtale anoxique. - **Échographie obstétricale** (avant le TV) : position du placenta, hématome rétro-placentaire (rarement visible), décollement décidual marginal, bien-être fœtal (score de Manning), poids fœtal, liquide amniotique. - **Hospitalisation**, pose d'une voie veineuse périphérique (VVP), consultation d'anesthésie. - Mesures associées : **NFS, bilan de coagulation, groupage, RAI** et **pose de VVP,** mise en réserve de **CGR, + BU.** - **Injection gammaglobulines anti-D si Rh** -.
	Hématome rétro-placentaire		= **Décollement prématuré du placenta normalement inséré** : généralement en contexte hypertensif. - 30 % des causes de métrorragie du 3e trimestre, mortalité périnatale = **30 à 50 %.** - Fœtus : ↘ surface d'échanges materno-fœtaux ➙ **hypoxie aiguë** jusqu'à la **mort fœtale in utéro.** - Mère : passage de thromboplastine placentaire dans la circulation ➙ **fibrinolyse**, **CIVD.**
		FdR	- HTA gravidique et prééclampsie. - Âge maternel avancé (> 35 ans). - Traumatisme abdominal. - Dépassement du terme. - Toxique : cocaïne, tabac, alcool. - Primipare.
		C	- **Douleur pelvienne** en coup de poignard, brutale, intense, permanente. - **Métrorragie** : sang noirâtre de faible abondance, incoagulable. - Palpation abdominale : utérus dur (« de bois »), ↗ hauteur utérine. - Retentissement maternel sévère sans rapport avec l'abondance des métrorragies.
		PC	➙ Ne doit pas retarder la prise en charge thérapeutique : diagnostic clinique. - **Electro-cardio-tocographie externe** : **anomalies du rythme cardiaque fœtal,** voire **mort fœtale.** - **Écho** : . Élimine un placenta prævia. . Confirmation : image anéchogène en lentille biconvexe entre le placenta et l'utérus. . Recherche d'activité cardiaque fœtale. ➙ L'absence d'HRP visible à l'échographie n'élimine pas le diagnostic.
		TTT	Forme incomplète avec fœtus vivant : - **Extraction fœtale en extrême urgence** par césarienne. ➙ Diagnostic : caillots en arrière du placenta, aspect en cupule du placenta. - **Réanimation maternelle** : remplissage, transfusion… Forme complète avec mort fœtale (CIVD constante) : - **Expulsion par voie basse** : **rupture manuelle des membranes** si accessible ou maturation cervicale par **prostaglandine** sinon. ➙ Anesthésie péridurale contre-indiquée en cas de CIVD. - **Réanimation maternelle** (CIVD constant) : oxygénation, remplissage, transfusion (CGR, PFC, plaquettes).
	Placenta praevia		= Implantation du placenta sur le segment inférieur de l'utérus : 30 % des cas, 1 % des grossesses. - **Segment inférieur** : 10 cm, n'apparaît qu'après 32 SA par les **contractions utérines de Braxton-Hicks.** - Peut être latéral**,** marginal ou recouvrant (partiellement ou totalement). - Cas particulier : **Placenta accreta** = placenta praevia sur cicatrice de césarienne antérieure ➙ risque d'**envahissement vésical** (hématurie).

<table>
<tr><td rowspan="8"></td><td rowspan="7"></td><td>FdR</td><td colspan="2">- Antécédent : placenta praevia, césarienne, aspiration endo-utérine, endométrite.
- Terrain à risque : multiparité, âge maternel avancé, grossesse multiple, tabac.
- FdR gynécologique : malformation utérine, fibrome endo-utérin sous-muqueux.</td></tr>
<tr><td>C</td><td colspan="2">= Très longtemps asymptomatique, découverte fortuite à l'échographie fréquente.
- Métrorragie d'apparition brutale, de sang rouge coagulable, indolore ou avec contractions utérines sans douleur permanente, parfois très abondante, récidivante.
- Utérus souple et indolore (entre les contractions).
- Présentation pathologique fréquente (siège ou transverse).
- Activité cardiaque bien perçue.</td></tr>
<tr><td>PC</td><td colspan="2">- Écho obstétricale par voie abdominale puis endovaginale (non contre-indiquée) : placenta <50 mm de l'orifice interne du col utérin ou recouvrant, recherche de décollement placentaire associé, vitalité/présentation fœtale.
- Electro-cardio-tocographie externe : recherche d'anomalies du rythme cardiaque fœtale.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">CPC</td><td>Maternelle</td><td>- Hémorragie récidivante, parfois cataclysmique : choc hémorragique.
- Allo-immunisation fœto-maternelle.
- Post-partum : carence martiale, ↗ risque thrombo-embolique.</td></tr>
<tr><td>Fœtale</td><td>- Souffrance fœtale aiguë par hypoxie avec risque de mort fœtale in utéro.
- RPM ; RCIU (mauvaise vascularisation placentaire), prématurité induite.
- Présentation dystocique ; procidence du cordon en cas de RPM ➙ césarienne.
- Mortalité périnatale = 5-6 %.</td></tr>
<tr><td rowspan="3">TTT</td><td>Découvert fortuitement</td><td>- En ambulatoire : . Repos avec arrêt de travail et bas de contention.
. Information sur le risque de saignement.
. Suivi échographique.</td></tr>
<tr><td>Symptomatique non grave</td><td>= Aucun signe de mauvaise tolérance fœtale et saignement modéré.
- Hospitalisation en maternité de niveau 3, remplissage +/- transfusion.
- Repos au lit + Bas de contention.
- Corticothérapie prénatale < 34 SA et sulfate de magnésium ≤ 32 SA.
- Tocolyse (privilégier un antagoniste de l'ocytocine) : discutée en cas de contractions utérines aggravant le saignement, après avoir éliminé un HRP.
- Accouchement : - Non recouvrant ➙ attente de mise en travail spontané.
- Recouvrant ➙ césarienne prophylactique programmée.</td></tr>
<tr><td>Symptomatique grave</td><td>= Hémorragie abondante ou anomalie du rythme cardiaque fœtale.
- Extraction fœtale par césarienne en urgence.</td></tr>
<tr><td>Hématome décidual marginal</td><td colspan="3">= Décollement d'une portion périphérique du placenta.
- Métrorragie de faible abondance, examen clinique normal, sans signe de souffrance fœtale.
- Échographie : taille et localisation de l'hématome.
- TTT : repos avec surveillance en milieu hospitalier.</td></tr>
<tr><td>Hémorragie de Benckiser</td><td colspan="3">= Hémorragie fœtale par dilacération d'un vaisseau praevia lors de la rupture de membrane (vaisseau normalement absent des membranes : cotylédon accessoire ou insertion vélamenteuse du cordon) : très rare, risque vital majeur pour le fœtus (mortalité proche de 100 %), sans retentissement maternel.
- Lors de la rupture de la poche des eaux : . Métrorragie franche de sang rouge, indolore.
. État maternel conservé.
. Souffrance fœtale immédiate avec anomalie sévère du RCF.
➙ Sauvetage fœtal par césarienne en urgence (15 minutes).</td></tr>
<tr><td>Rupture utérine</td><td colspan="3">- Rare hors travail, sur utérus cicatriciel (antécédent de césarienne/chirurgie utérine).
- Douleur abdominale violente pendant le travail, hémorragie concomitante modérée.
- Anomalies sévères du RCF.
➙ Sauvetage fœtal par césarienne en urgence.</td></tr>
<tr><td>Autres</td><td colspan="3">- Métrorragie après rapport sexuel.
- Modifications cervicales liées aux contractions.
➙ Diagnostics d'exclusions.</td></tr>
<tr><td colspan="2">HÉMORRAGIE DE LA DÉLIVRANCE</td><td colspan="3">- Cf item 34.</td></tr>
<tr><td>DD</td><td colspan="4">➙ Examen au spéculum systématique : origine cervico-vaginale des saignements, généralement bénin.
- Cancer du col (1re cause à éliminer) : lésion bourgeonnante, saignant au contact ➙ biopsie cervicale.
- Ectropion : extériorisation de la muqueuse glandulaire endocervicale.
- Cervicite : col inflammatoire, saignant au moindre contact, glaire cervicale louche ➙ antiseptique local.
- Polype accouché par le col : bénin, sans incidence sur la grossesse (ne pas toucher : risque hémorragique).
- Lésion traumatique : plaie cervicale et/ou vaginale.</td></tr>
</table>